

FORMATO SIMPLIFICADO DE HISTORIAL MÉDICO

Llene solo los campos en blanco								Foto
ID	NS/11-		Fecha					
Nombre								
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)					
Domicilio								
	Calle	Num. Ext. - Num. Int.	Colonia	C.P.				
	Municipio/Delegación	Estado	País					
Datos Complementarios								
	RFC * (opcional sólo si desea factura)		Tel	Cel	e-mail			
Generales	Sexo		Fecha nacimiento		Edad			
	Edo Civil		Escolaridad		Ocupación			
	Lugar de Nacimiento		Facebook		Skype			
Referencia	Familiar							
	Lugar		Compañía de Gastos médicos					
	Medio		Clave NS No.					

ANTECEDENTES PERSONALES						
Vea lista en el punto II.4 y anote en caso afirmativo por cada familiar						
II.1 Antecedentes hereditarios	Se refiere a los padecimientos que han sufrido sus familiares directos					
Padre						
Madre						
Abuelos (4)						
Hermanos los que sean						
Hijos los que sean						
Solo para mujeres, señale sus datos ginecológicos-obstétricos						
II.2. Antecedentes ginecológicos	Se refiere a su información relacionado con su género					
No.Embarazos/Partos/Abortos/Cesárea						
¿Está embarazada o desea embarazarse?	Sí	No	Método anticonceptivo			
			F.U.R. (opcional)			
Señale con una "x" y en caso afirmativo especifique						
II.3 Antecedentes no patológicos	Sí	No		Cantidad		Duración
¿Fumó o cocinó con leña?			Cuánto		Desde cuándo	
Toma (ó)			Cuánto		Desde cuándo	
Uso de drogas			Cuáles		Cuánto tiempo	
Hace Ejercicio o es Sedentario			Qué tipo		Cuánto a la semana	
Sobrepeso/ Obesidad			Qué grado		Desde cuándo	

Señale con una "x" y en caso afirmativo especifique			
II.4 Antecedentes patológicos	Sí	No	¿Qué medicina toma y desde cuándo?
Padece <i>diabetes</i> (elevación de la glucosa en sangre)			
Padece <i>presión alta</i> (elevación de las cifras de presión arterial)			
Padece <i>dislipidemia</i> (elevación de lípidos, colesterol o triglicéridos)			
Padece del <i>corazón</i> (angor, arritmia, insuficiencia, etc)			
Sufre alguna <i>enfermedad vascular cerebral</i> (isquemia, embolia o sangrado)			
Padece del <i>tiroides</i> (trastorno por baja o elevación de sus hormonas)			
Ha tenido <i>convulsiones o epilepsia</i> (movimientos anormales involuntarios)			
Padece algún tipo de <i>tumor</i> (especifique sitio y tratamiento)			
Ha sufrido algún <i>traumatismo</i> o golpe (especifique sitio y tratamiento)			
<i>Otras enfermedades,</i> ¿Qué tratamiento ha recibido?			
Ha sido sometido a algún tipo de <i>CIRUGIA</i> ¿Cuáles?			

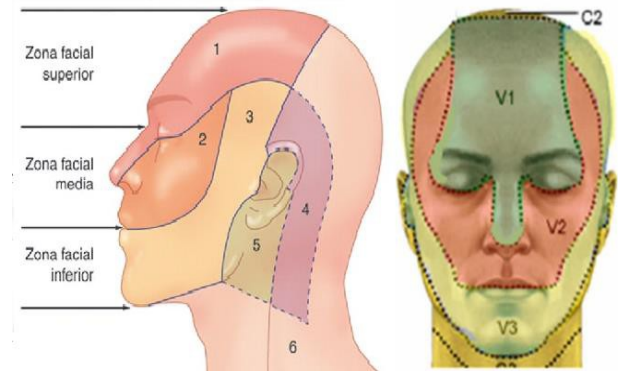
PADECIMIENTO ACTUAL

En resumen, describa por favor ¿Cuándo iniciaron sus síntomas?, ¿Cómo progresaron hasta la fecha?, ¿Qué le motivo a solicitar consulta ahora?

***V1 El nervio oftálmico:** atraviesa la parte superior de la órbita donde se ramifica en tres ramas terminales; una interna, el nervio nasal; una externa, el nervio lagrimal; y una media, el nervio frontal. Las tres ramas dan numerosas ramas que se distribuyen en la piel de la nariz, cavidad nasal, senos para-nasales, frente, cuero cabelludo, globo ocular, córnea, glándula lagrimal, conjuntiva.

***V2 El nervio maxilar:** pasa a través del agujero redondo mayor, atraviesa la parte inferior de la órbita y se distribuye en el rostro en su cara anterior y lateral dándole sensibilidad, igualmente a los dientes superiores maxilar superior, paladar óseo, mucosa oral y labio superior, mucosa de la cavidad nasal, ala de la nariz, párpado inferior y nasofaringe.

***V3 El nervio mandibular:** tiene una rama sensitiva que va a las porciones laterales del rostro la mandíbula en su superficie externa, el mentón, los dientes inferiores y la mucosa oral en su parte inferior y los dos tercios anteriores de la lengua, piso de la boca, pabellón de la oreja. La rama motora da movimiento, el tensor del tímpano, tensor del paladar, milohioideo, vientre anterior del di gástrico, músculos de la masticación; masetero temporal, pterigoideos mediales y laterales.



Utilice el espacio (abajo) suficiente para una descripción amplia de su padecimiento. Fecha de inicio y sus características evolutivas, así como los efectos secundarios o indeseables que haya sufrido con la medicación administrada:

EXPLORACIÓN FÍSICA

Favor de llenar con datos confirmados

Peso		Estatura		Cintura		I.M.C.	FORMULA
Presión Arterial		Pulso		Frec. Resp.		Temperatura	

Llenado exclusivamente para el médico explorador

ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

Llénelo tomando las conclusiones de sus estudios

Fecha	Estudio	Descripción

ESTUDIOS DE LABORATORIO

Llenado solo por facultativo o transcripción fiel de un reporte impreso

Índice Aterogénico (IA)

Fecha	D.M.A			
Lípidos	0			
COL	0			
TG	0			
LDL	0			
VLDL	0			
HDL	0			
IA	0.0			

Interpretación Perfil de Lípidos

Lípidos	mg/día Deseables	mg./día Límite	mg./día Elevado
Colesterol	<200	200-239	>240
Triglicéridos	<200		
LDL	<130	130-159	>160
HDL Femenino	>45		<35
HDL Masculino	>40		
Mujer Colesterol/HDL	<4.5		
Hombre Colesterol/HDL	<5.0		

Química Sanguínea (QS)

Glucosa	
Creatinina	
Ac. Úrico	

Valores QS

Glucosa	<110
Creatinina	<1.1

PLAN TERAPÉUTICO

Llenado exclusivamente para el médico

DIAGNÓSTICOS PRELIMINARES

Que diagnósticos le ha sido señalados por un médico